

# BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Plazo de inscripción: 22/11/2010 - 10/1/2011

En colaboración con



Para la matriculación en este curso se requiere el envío del boletín de inscripción, **DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO EN LETRAS MAYÚSCULAS Y FIRMADO POR EL ALUMNO**, al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, dentro del plazo estipulado. La inscripción de no colegiados no será efectiva si el boletín no va acompañado del correspondiente justificante de pago. El alumno se responsabiliza de la veracidad de los datos facilitados y la falta de la misma supone la anulación de la presente solicitud.

- Farmacéuticos colegiados** ..... **Gratis** (cumplimentar únicamente los datos del alumno)  
 **Farmacéuticos no colegiados** ..... **100 €**

## DATOS DEL ALUMNO (dirección de entrega de certificados)

Apellidos: ..... Nombre: .....  
 DNI/NIE: ..... Dirección: .....  
 Población: ..... Provincia: ..... C.P.: .....  
 Teléfonos de contacto: .....  
 Correo electrónico<sup>(1)</sup>: .....

<sup>(1)</sup>Se mantendrá una única cuenta de correo electrónico para todas las actividades de formación que realice con el Consejo General de Farmacéuticos, constando siempre la última dirección facilitada.

## DATOS DEL PAGADOR (cumplimentar si es distinto del alumno)

Nombre (Entidad): ..... Apellidos: .....  
 CIF/NIF: ..... Dirección: .....  
 Población: ..... Provincia: ..... C.P.: .....  
 Teléfonos de contacto: .....

## Marque con una "X" la forma de pago

- Enviando este boletín con un **CHEQUE** a nombre de: **CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS**. Indicando en el sobre: **CGCOF - Curso Bot PLUS**. c/ Villanueva, 11, 7.<sup>a</sup> planta. 28001 Madrid
- TARJETA DE CRÉDITO** N.º:         Cad.: Mes  Año   
 Código de validación de la tarjeta   (3 últimos dígitos de la secuencia numérica en el dorso de las tarjetas)
- TRANSFERENCIA** a la cuenta **0125-0001-31-9900500289**. Es **imprescindible** enviar copia del resguardo sellado por el banco con este boletín de inscripción por correo electrónico ([congral@redfarma.org](mailto:congral@redfarma.org)), o por correo postal al Consejo General de Farmacéuticos, o al **Fax**: 91 432 81 00, haciendo constar el **Nombre del Alumno**.

Firma del alumno: ..... , a ..... de ..... de .....



c/ Villanueva, 11, 7.<sup>a</sup> planta. 28001 Madrid • Telf.: 902 460 902 • Fax: 91 432 81 00

"A los efectos de la LO 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se le informa sobre el tratamiento de los datos personales recabados a través del presente formulario, con el fin de que Vd. pueda ejercitar los derechos que le corresponden. Queda informado de forma inequívoca y precisa y autoriza de forma expresa al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para recabar y tratar en fichero de su responsabilidad los datos relativos a su persona con la finalidad de cumplir y mantener la relación creada entre Vd. y el Consejo. Los datos incluidos en este formulario son de carácter facultativo, si bien, su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en dicho fichero y la imposibilidad de tratar los datos para la finalidad descrita y por tanto la imposibilidad de prestar servicio. El consentimiento otorgado es revocable y Vd. podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación, dirigiéndose por escrito a la sede del Consejo General, c/ Villanueva 11, 7<sup>a</sup> Planta, 28001-Madrid. El Consejo General se compromete a la utilización de los datos incluidos en el fichero de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad".